

AOK	LKK	BKK	IKK	VdaK	AEV	Knappschaft
AOK						
Name, Vorname des Versicherten Anja Ackermann						
geb. am 27.08.1966						
Steinbeisstraße 6 71229 Leonberg						
Kassen-Nr. 1234567		Versicherungs-Nr. 123456789		Status 1 1		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis 09.2012		Datum 10.07.2006		

Steinbeisstraße 6 71717 Beilstein

IK-NR 565423324

Versorgungsanzeige des Hörgeräteakustikers

Schlüssel "Leistungserbringergruppe": _____

Die vorgenannte Versicherte hat sich zwecks Hörgeräteversorgung an uns gewandt. Aufgrund der ermittelten Kenndaten des Gehörs kann die Versicherte voraussichtlich mit Hörgeräten versorgt werden.

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Erstversorgung | <input type="checkbox"/> Folgeversorgung | |
| <input type="checkbox"/> beidohrig | <input type="checkbox"/> rechts | <input type="checkbox"/> links |
| <input type="checkbox"/> 13.20.01 | <input type="checkbox"/> 13.20.02 | <input type="checkbox"/> 13.20.03 |

(Wurde die Auswahl des geeigneten Hörgerätes bereits getroffen, ist die Hilfsmittelpositionsnummer 10-stellig anzugeben)

Wir bitten Sie deshalb, die nachstehende Bewilligung auszufertigen. Falls ein Versicherungsverhältnis nicht besteht, wird gleichfalls um Nachricht gebeten.

10.07.2006	Steinbeisstraße 6	
_____	71717 Beilstein	_____
Datum	Stempel	Unterschrift

Bewilligung der Ersatzkasse

Vorbehaltlich der Vorlage der ohrenärztlichen Bestätigung der Versorgung (Muster 15) und des Abschlussbereichtes (Anlage 4) wird hiermit eine Hörgeräteversorgung bewilligt.

_____	_____	_____
Datum	Stempel	Unterschrift

☐ Es besteht kein Versicherungsverhältnis

Bemerkungen:
